



1 avenue Edouard Belin
31400 Toulouse
+33 5 62 17 9000

CERTIFICAT MÉDICAL DE NON-CONTRE- INDICATION
À LA PRATIQUE ET À L'ENCADREMENT
DES ACTIVITES DE LA FORME
(DATÉ DE MOINS D'UN AN A LA DATE DES EXIGENCES
PREALABLES A L'ENTREE EN FORMAITON)

Je soussigné(e)..... ,
docteur en médecine, atteste avoir examiné :

M./Mme ,
Né(e) le..... ,

et avoir constaté à la date de ce jour, qu'il (qu'elle) ne présente aucune contre-indication à la pratique
et à l'encadrement des activités de la forme .

Observations :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Fait à
.....
le
.....

(Signature et cachet du médecin obligatoires)